

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

N

THESE

pour le DOCTORAT de l'UNIVERSITÉ de PARIS

(Mention Médecine)

PAR

PAES, Joao Francisco

né le 20 Septembre 1906, à Goa (Indes Portugaises)

Contribution à l'Etude de l'Etat Sanitaire à Goa

Président de Thèse : L. TANON, Professeur

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ - PARIS

1936

LE DOYEN ROUSSY

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE
Physiologie	Léon BINET
Physique médicale	STROHL
Chimie médicale	DESGREZ
Bactériologie	Robert DEBRE
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU
Anatomie pathologique	ROUSSY
Histologie	CHAMPY
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU
Thérapeutique	HARVIER
Hygiène et médecine préventive	TANON
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET
Clinique médicale	LOEPER
	CARNOT
	CLERC
	Marcel LABBE
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE
Clinique chirurgicale	CUNEO
	GOSSET
	GREGOIRE
	LENORMANT
Clinique ophtalmologique	TERRIEN
Clinique urologique	MARION
Clinique d'accouchements	BRINDEAU
	COUVELAIRE
	JEANNIN
Clinique gynécologique	N...
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL
Clinique propédeutique	SERGENT
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE
	MULON
	OLIVIER
	VERNE
	MOCQUOT



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

BENARD (Henri) ..	Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne)	Pathologie médicale.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
FEY	Urologie.
GALLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
DE GAUDART D'ALLAINES.	Pathologie chirurgicale.
GAYET	Physiologie.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
HAZARD	Pharmacologie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique.
JOANNON	Hygiène.
LABBE (Henri)	Chimie biologique.
LACOMME	Obstétrique.

MM.

LANTUEJOUL	Obstétrique.
LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
Mlle J. LEVY	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI ...	Neurologie et Psychiatrie.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
PETIT-DUTAILLIS ..	Pathologie chirurgicale.
PIEDELIEVRE	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RICHET	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
TROISIER	Pathologie expérimentale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.
J. BEZANÇON	Hydrologie.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT ..	Physiologie.

MM.

LEROUX	Anatomie pathologique.
NEVEU-LEMAIRE .	Parasitologie.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

MM.			
ABRAMI	Clinique médicale.	MM.	Clinique chirurgicale.
ALAJOUANINE ..		BASSET	
AUBERTIN		BROCQ	
BRULE		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER	
CHIRAY		HEITZ-BOYER	
DONZELOT		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		SCHWARTZ	
PASTEUR - VAL-		VELTER	
LERY-RADOT ..			
SEZARY			
METZGER			
MM.			
GUENIOT	Clinique obstétricale.		
LE LORIER			
ECALLE			
LEVY-SOLAL			

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLE	Puériculture.
RUPPE	Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE ET A MA MERE

*Témoignage de notre amour filial et
de notre reconnaissance pour tous les
sacrifices en nous aidant à faire nos
études à Paris.*

A CELLE

QUE NOUS AIMONS PROFONDEMENT

A MES FRERE ET SŒURS

Témoignage de notre tendre amour.

A MA FAMILLE

A MES CAMARADES D'ETUDES

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TANON

Membre de l'Académie de Médecine
Professeur d'Hygiène à la Faculté de Médecine de Paris
Professeur de Médecine Coloniale
Conseiller Technique du Ministère de la Santé Publique
Inspecteur Général des Services Techniques d'Hygiène
à la Préfecture de Police
Officier de la Légion d'Honneur

En témoignage de notre profonde reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

Qui nous a toujours accueilli dans son laboratoire avec bienveillance et nous a inspiré le sujet de cette thèse.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR

FROILANO DE MELO.

Directeur de l'Ecole de Médecine
et de Chirurgie de Gôa,
Chef des Services de Santé des Indes-Portugaises.

En témoignage de toute notre reconnaissance, pour sa bienveillance, son aide matérielle et morale, pour ses précieux conseils.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

C'est une grande joie pour nous que de pouvoir exprimer par ce travail, la gratitude que nous portons à la culture française, et la profonde admiration que nous éprouvons tous, à Gôa, pour le Génie français. Qu'il nous soit donc permis tout d'abord, de dire ici, combien nous sommes heureux de pouvoir contribuer par nos modestes moyens, étant le seul Indo-Portugais qui ait fait en France, toutes ses études médicales, à faire connaître aux Indes Portugaises la culture française qui y possède déjà une si vaste influence, dans tous les domaines, et à donner, en retour, ces quelques notes en français sur l'Etat Sanitaire de l'Inde portugaise.

En effet, quoique entouré de toutes parts de pays anglais, la pensée française est extrêmement répandue à Gôa. Si l'instruction dans les écoles s'y fait en Portugais, néanmoins, les enfants y apprennent en général la langue française, et dès le lycée, ils manifestent un intérêt tout particulier pour la culture française. Dans tous les domaines, littéraire, artistique et autres, l'orientation latine y est prépondérante. Mais c'est surtout dans la médecine que la France y exerce une influence marquée. Les traités français y sont très répandus et tout étudiant en médecine

goannais doit connaître l'Anatomie de Testut, de Rouvière, la Physiologie de Deval et Gley, de Hédon, la Pathologie Externe de Forgues, et Interne de Dieulafoy et de Collet. Les auteurs écrivant en langue française y sont nombreux et presque tous les professeurs de l'Ecole de Médecine de Goa sont membres de quelque Société Médicale française.

Tout le monde médical de Goa ayant les yeux fixés sur la France, nous sommes heureux de pouvoir faire connaître dans ce pays, par un rapide aperçu, ce qui représente l'Etat Sanitaire de l'Inde Portugaise.

Qu'il nous soit permis d'exprimer ici toute la reconnaissance que nous portons à M. le Professeur Froilano de Mello (1), qui a bien voulu nous accorder, avec tant de bienveillance, son aide matérielle et morale, en nous envoyant les documents nécessaires à cette thèse et en nous prodiguant ses précieux conseils. Si nous avons embrassé la carrière médicale, c'est bien à ce savant éminent que nous le devons. Nous sommes donc d'autant plus heureux de pouvoir le remercier ici encore de ses nombreux encouragements qui ne nous ont jamais fait défaut au cours de ce travail.

C'est une bien grande joie pour nous, enfin, d'adresser toute notre gratitude à notre cher et vénéré maître M. le Professeur Tanon dont les directives et conseils d'une si grande valeur, nous ont toujours guidé et rendu de si précieux services au cours du présent travail.

(1) Directeur de l'Ecole de Médecine de Goa et Chef des services de santé.

GEOGRAPHIE MEDICALE

Depuis la découverte de la route des Indes par l'intrépide navigateur Vasco de Gama et sa conquête par Afonso d'Albuquerque dont les péripéties furent décrites par Camoës, le grand poète portugais du XVI^e siècle, dans son épopée — *Lusiadas*, en de vers sublimes — Gôa fut le centre et le point de départ de l'immense empire colonial portugais. C'est en 1510 qu'Afonso d'Albuquerque s'empara de Gôa, qui était alors entre les mains des Arabes. L'histoire nous rapporte que l'Inquisition, sortie du cerveau fanatique de Saint Ignacio de Loyola, y fut terrible et d'une cruauté inimaginable.

Située dans l'ancienne Bedjapour, sur la côte occidentale, dite côte de Malabar, à 71°22' long. Est et 15°27' de lat. nord, et à 420 km au sud de Bombay, elle a 3.806 kilomètres carrés de surface et un contour de côtes d'une longueur de 102 km; elle comprend une portion plane littorale et une partie montagneuse à altitudes maxima de 1.000 à 1.100 mètres.

Ses limites sont : au nord, le fleuve Tiracol qui la sépare du territoire Indo-britannique de Saunt-Warin ; au sud, le Kanara septentrional, également district de l'Inde-britannique; à l'est, la chaîne des Ghattes occidentale et à l'ouest, l'Océan Indien.

Elle est subdivisée en 11 départements dont une partie est appelée Velhas-Conquistas, ayant été conquise il y a presque quatre siècles, et l'autre — Novas-Conquistas — parce qu'elle fut occupée plus tard, il y a deux siècles à peu près.

Le réseau hydrographique est constitué par les fleuves suivants : Tiracol, Chaporá, Maudovy, Zuary, Sal, Galbibaya et Talpoua, se dirigeant du nord vers le sud et de l'est vers l'ouest.

La constitution du sol, du littoral est alluvionnaire et de formation récente, celui de la zone sous-continentale appartenant aux formations géologiques anciennes.

Selon Oldham, Termor et Vredenburg, le territoire de Goa date de l'ère tertiaire par le gneiss, les schistes, granits, grés, porphyres. Le type de pierre le plus fréquent et utilisée pour la construction est un conglomérat appelé « laterite ».

Etant située dans l'Océan Indien et dans la zone inter-tropicale, il y tombe beaucoup de pluies et on y trouve en abondance des forêts. Végétation exubérante dont la densité varie selon les régions, recouvertes d'une flore d'arbustes et subarbustes, et dans certains départements, presque exclusivement par des arbres fruitiers, cocotiers en première place, puis manguiers, aux fruits délicieux et succulents, jacquiers et des arbres de cajou ; les aréquiers alternant avec d'épais bois d'essences dont le téquier, utilisé dans les constructions navales et la menuiserie.

Enfin, dans certaines régions, la flore prend des proportions colossales, des forêts impénétrables à la lumière,

où les feuillages morts et autres détritus en épaisses cou-dique des courants atmosphériques de longue portée. disme et d'autres maladies parasitaires. Cette flore est dûe à l'excessive pluviosité annuelle qui atteint parfois quatre mètres hydriques, qui maintiennent cette inextricable végétation et le sol marécageux.

A ce propos, Gôa appartient au nombre des zones du globe où l'on constate les plus fortes précipitations hydriques. Les saisons sont une conséquence du régime périodique des courants atmosphériques de longue portée

Ce sont les vents qui amènent les pluies, en premier lieu, et après la température et l'humidité. C'est l'alizé du sud-est, changé en vent de sud-ouest, après son passage à l'équateur, qui constitue l'avant-garde de la mousson pluvieuse, avec des pluies torrentielles des mois de juin, juillet et août, diminuant progressivement jusqu'au mois d'octobre; on l'appelle la mousson du sud-ouest.

Les autres cinq mois où l'humidité de l'air est remplacée par la sécheresse avec un ciel sans nuages, le vent sud-ouest, substitué par celui du nord-est, ou la mousson de nord-est, constituent la belle saison ou mousson de nord-est.

Donc l'année est divisée en deux saisons : l'hivernage, les mois de juin à septembre, et la saison fraîche du mois de novembre au mois de mars. Les mois d'avril et octobre sont des mois de transition.

Les vents d'ouest sont prédominants. Pendant la saison fraîche on a des vents d'est, appelés terraes (vents de terre) qui sont, en réalité, la mousson de nord-est, qui fléchit en donnant les vents d'est.

Les moussons indiennes se manifestent avec une précision mathématique, précédées de tempêtes violentes avec une atmosphère très chargée d'électricité.

La température moyenne la plus élevée (en mai) est de 30° et la plus basse (en décembre) est de 20° ; la maxima est de 34° .

Mais dans les régions montagneuses supérieures à 500 mètres au-dessus du niveau de la mer et même dans certaines régions au sud de Gôa, la température est inférieure à 8° , pendant le « terral » violent, soufflant au cours des nuits et des aubes de novembre, décembre et janvier.

L'humidité maxima est en juillet, variant annuellement entre 92,0 et 100,0 et la minima au mois de janvier, variant entre 49,0 et 15,2.

Il se produit donc, en moyenne, une variation hygrométrique intra-annuelle supérieure à 30,0, ce qui veut dire qu'il y a une saison sèche, pendant laquelle il ne pleut pas du tout, et une autre humide et trop pluvieuse.

Et, voilà pourquoi, les conditions climatiques de Gôa sont meilleures, en comparaison de plusieurs autres climats de la zone tropico-équatoriale, puisqu'on peut supporter facilement les températures élevées, lorsque l'atmosphère est sèche.

La pression atmosphérique moyenne annuelle totale, enregistrée à Nova-Gôa, capitale des Indes portugaises, est

de 754 mm 50, oscillant entre la plus haute moyenne de 760 mm 50 et la plus basse de 751 mm 21. Donc, basses pressions, comme dans tout climat de la zone intertropicale, dûes à l'échauffement continu de l'air et à la dilatation de ses couches inférieures.

DOBO ou DOBA

Je suis heureux de pouvoir me servir comme sujet principal et original de ma thèse, une affection à peu près méconnue du monde médical et qui existe uniquement dans l'Inde.

Maladie fréquente dans les Indes et surtout dans le territoire de Gôa.

Il s'agit d'une affection du foie à marche ordinairement progressive et au pronostic presque toujours fatal, atteignant les enfants à l'époque de la première dentition, particulièrement ceux des Hindous païens, nommés Bottos, et des Brahamanes des classes supérieures, rare chez les enfants musulmans, hindous-chrétiens, hindoeuropéens et des coloniaux.

Le nom Dobó, qui dans la langue du pays signifie caisse, boîte en feuilles de Flandres ou laiton, lui serait probablement donné par analogie à cause de la dureté, résistance et forme, que prend le foie au cours de la maladie.

La médecine ayurvédique, science la plus ancienne de l'Inde, ne la mentionne pas, soit qu'elle n'était pas connue dans l'antiquité, soit qu'elle ait été confondue avec d'autres affections du foie; ou alors il faudra conclure à son origine bien plus récente.

En effet, l'enquête faite par un éminent et distingué médecin hygiéniste du pays, M. de Siqueira Nazareth, prouve qu'on ne la connaît que depuis environ 30 ans, l'attention ayant été attirée sur elle, des cas de morts étant bien plus fréquents depuis une vingtaine d'années.

En 1904, un médecin ayurvédique, Niralanbon, décrit la maladie d'une façon très pittoresque d'ailleurs :
« Maladie naissant dans le ventre lorsqu'on ingère la « nata » de lait (pellicule qui se forme à la surface du lait bouilli, quand il se refroidit) ou des choses semblables, et, prenant la forme de la « nata » ou de grenouilles qui restent accrochées aux intestins. »

« Plus tard, le foie prend la forme d'une boîte ronde. »

La maladie atteint les enfants à partir de six mois. Au point de vue historique, le traitement qu'il préconise, et il y a encore des indigènes qui l'emploient, sans grands résultats d'ailleurs, est le suivant :

« 1° Urine de vache, en petites quantités, avec du sucre et sel en parties égales ;

« 2° Donner par cuillerées à café une tisane de Ringuem (bringela) et « Dorli » en y ajoutant le poids d'une rupie de « papod-khar » ;

« 3° L'administration d'une macération de êlia (callabol) ou de diguernalli ;

« 4° Vainguêm (espèce de courge) bouillie dans un pot de cuivre, moulue et ensuite mélangée avec de l'urine de vache, à donner en petites quantités dans de l'eau au sucre de canne. »

On voit donc qu'il n'y a pas de précisions sur l'administration, le mode d'emploi et dosages.

L'enquête tend à prouver, à propos des cas de Dobó, qu'il s'agit d'une maladie familiale; plusieurs enfants d'une même famille meurent atteints de la même affection. A remarquer que le caractère de la marche de la maladie chez tous les enfants d'une même famille, sont identiques.

La maladie

Elle atteint uniquement les enfants de plus de six mois, de familles végétariennes ou non, des deux sexes; les malades présentent un aspect triste et souffrent profondément; l'abdomen est volumineux, en ventre de batracien; il contraste de façon flagrante avec la maigreur extrême des membres et de la face; il y a hépatomégalie et splénomégalie.

Le début étant insidieux, lent, impossible à fixer; l'atteinte de l'état général est considérable à la période d'état, avec fièvre, anorexie, insomnie rebelle, apathie, pâleur remarquable, maigreur extrême, contrastant avec le gros ventre.

Lorsque l'enfant est amené au médecin, il est bien trop tard.

Pourtant, le premier symptôme précoce est une hépatomégalie. Mais les enfants, surtout aux Indes, ont un ventre plus ou moins gros, ce qui n'est pas fait pour attirer particulièrement l'attention des parents. En outre, l'hépatomégalie est lente et graduelle, rarement rapide; le foie déborde parfois l'ombelic,

A la phase terminale, quelquefois, le foie diminue de volume, se rétracte, restant nonobstant assez volumineux. A la palpation : au début il est mou, indolore ; par la suite, il prend une consistance ferme, devient dur, un peu douloureux, conservant sa forme générale; la surface est lisse et son bord antérieur fin et coupant.

La fièvre apparaît d'une façon précoce et fréquemment même avant l'hépatomégalie sans frissons, n'attirant pas l'attention, à caractères irréguliers, 38° à 39°; mais, le plus souvent, elle est si faible au début qu'elle passe inaperçue de l'entourage.

L'enfant est irritable, son appétit est capricieux; il est insomnique, voulant dormir directement sur le sol, présentant des alternatives de constipation et de diarrhée. Les matières fécales sont colorées.

Finalement apparaissent une constipation rebelle; les matières fécales deviennent boueuses ou blanches et maldodorantes, les urines diminuées de volume, rouges ou acajou, une splénomégalie prononcée, grande boulimie et voracité pour les aliments piquants ou épicés, comme riz au carry. A l'examen, on trouve du subictère des conjonctivites et de la peau, avec une circulation collatérale, des veines superficielles dilatées et saillantes, de l'œdème généralisé ou localisé aux extrémités, de l'ascite.

Les hématemèses, épistaxis, hématuries, convulsions, cris affligés des petits malades, sont les autres symptômes caractérisant l'affection et au milieu desquels la mort survient ; le tout durant trois à huit mois.

S'il y a guérison, l'hépatomegalie et la splénomégalie diminuent

jusqu'aux dimensions normales; la fièvre tombe ou disparaît; l'appétit redevient normal et l'enfant se porte parfaitement, « *la maladie ne paraissant pas avoir laissé de sequelles* ». Une bonne alimentation propre et naturelle, bien dirigée et bien réglée, avec changement d'air, surtout au bord de la mer, paraît influencer favorablement la cure.

L'enquête mentionne aussi qu'il n'a y eu aucun cas d'alcoolisme ou de syphilis chez les parents et dans la famille des enfants atteints de la maladie; mais, bien au contraire, ceux-ci sont bien portants, bien constitués, aux habitudes sobres; ces enfants sont nés à terme et dans les meilleures conditions de santé.

A l'examen bactériologique du sang, aucune espèce d'hermatozzoaire de Laveran, ni aucun parasite. Il faudra donc éliminer l'alcoolisme des parents et la syphilis congénitale, comme le paludisme. Par son caractère, sa marche, les symptômes et la prédilection pour les enfants en bas âge des classes supérieures, la maladie serait identique à la cirrhose hypertrophique biliaire de l'enfant, décrite très succinctement par Patrick-Manson et Le Dantec, comme étant une affection du foie des enfants hindous de Calcutta, de causes inconnues; d'après les vieilles éditions de Le Dantec, elle serait peut-être une *Leishmanios infantile*.

Comme la Ponos des îles Spézia et Hydra de l'archipel grec, une *Leishmaniose infantile* et splénique, le Dobó serait une *Leishmaniose infantile hépatique*, dûe toutes les deux à *Leishmania infantum*, parasite vivant chez les chiens et se transmettant à l'homme par les puces de ces animaux.

Ghose et Mackensie l'ont appelée la cirrhose infantile biliaire du foie, dans les cas qu'ils ont pu observer à Calcutta ; il s'agissait d'enfants de moins d'un an, présentant une petite fièvre associée à l'augmentation du foie et de la rate, ictère, matières fécales pâles, urines foncées, et parfois vomissements de sang, œdème et ascite, la maladie se terminant fatalement en trois à huit mois.

Dernièrement, un savant médecin bengali, Santosh Kumar Mukhergi, a publié à ce sujet un travail extrêmement important, basé sur ses expériences personnelles, ses observations, et une copieuse statistique. Il soutient que l'unique cause de la maladie serait l'alimentation dérégulée et impropre pour l'âge de l'enfant, obligeant son foie délicat à un travail excessif, qui produit forcément l'hypertrophie de cet organe, entraînant la dégénérescence cellulaire. Ceci concorde parfaitement avec la description que nous avons faite de la maladie et de son processus de guérison. Et l'auteur, non seulement cherche à démontrer l'étiologie qu'il préconise, mais il discute et combat toutes les autres théories imaginées jusqu'ici, pour expliquer l'origine de la cirrhose infantile, appelée, par d'autres, foie infantile.

Il élimine, ainsi que nous l'avons fait, l'hypothèse de l'alcoolisme des parents, de la syphilis congénitale, de l'infection malarienne, du kala-azar, du foie amyloïde, de l'infection parasitaire, de l'avitaminose, de l'excès des hydrates de carbone dans le lait de la mère et de l'irritation du foie par des toxines.

THEORIES ETIOLOGIQUES SUR DOBO

L'alcoolisme des parents, l'hérédo-syphilis et le paludisme sont inadmissibles, nous l'avons déjà prouvé, comme d'ailleurs aussi tout traitement anti-syphilitique et anti-palustre, sont restés sans résultats.

Quant au kala-azar, il est rare chez les enfants de moins d'un an; son évolution est bien plus rapide et si dans les deux affections, le foie et la rate sont augmentés de volume, dans le kala-azar c'est la splénomégalie, tandis que dans la cirrhose infantile, c'est l'hépatomégalie qui prédomine. De plus, dans la dernière, la leucocytose est la règle tandis que dans l'autre, c'est la leucopénie.

Mukherji attaque la théorie de l'infection parasitaire du docteur Pearse qui n'a d'ailleurs trouvé aucun microbe. Si comme Pearse l'affirme, il s'agit des tout-petits, à qui l'on donne toutes sortes d'aliments, ce serait au contraire en faveur de la théorie diététique, puisque le foie d'un enfant à qui l'on donne toutes sortes d'aliments impropres, finit forcément par se fatiguer et se dérégler; en réglant sa diète, comme nous l'avons dit aussi, on réussit à arrêter les progrès catastrophiques de la maladie,

Il oppose à la nature infectieuse de la maladie toutes sortes de preuves : l'examen microscopique du sang, des urines, des matières fécales des malades, des inoculations du sang de ceux-ci au cobaye; et, argument important, il en inocula même à son propre fils avec des résultats négatifs.

Ici, on pourrait dire que les expériences de Mukerji ne sont pas complètes et la théorie de la nature infectieuse peut encore se défendre. Il faudrait, pour l'attaquer, faire des cultures des éléments qu'il étudia microscopiquement et même du contenu des canaux biliaires et des vaisseaux sanguins hépatiques. Il faudrait, de plus, inoculer non seulement du sang, mais aussi le contenu et la substance même du foie et pratiquer ces inoculations à d'autres animaux, comme le singe et le chien, pour exclure la possibilité du kala-azar.

La théorie de l'avitaminose, soutenue par Nandi, attribuant la maladie à la déficience en vitamine anti-scorbutique de l'alimentation de l'enfant, est également sans fondement; en effet, si le lait perd par la cuisson ses propriétés anti-scorbutiques, les enfants des musulmans sont également nourris au lait de vache bouilli et ceux des hindochrétiens sont parfois élevés exclusivement avec cet aliment. La théorie de l'irritation du foie par les toxines produites dans le tube digestif de l'enfant, dûes à la mauvaise digestion et à la fermentation d'aliments excessifs ou impropres, comme le lait de mère malade, le lait de vache, des amilacées, etc., apportées au foie par la circulation porte, nous paraît extrêmement intéressante.

Nous l'appellerions un syndrome entéro-hépatique et non une maladie du foie, par analogie au syndrome entéro-rénal de Heitz-Boyer, car tout se passe dans cette affection comme dans un syndrome, la perméabilité de l'intestin aux toxines alimentaires étant bien plus grande chez l'enfant que chez l'adulte et l'arrêt se faisant au foie. Ainsi les toxines ne deviendraient que des causes prédisposantes ou adjuvantes, préparant le terrain aux bactéries qui seraient, elles, la cause des cirrhoses. Notre manière de voir pourra s'expliquer par des lésions partielles du foie ou unilobulaires et des lésions d'autres organes comme la rate et les reins (néphrite parenchymateuse).

Donc, pour Mukherji, le facteur principal responsable de la cirrhose infantile, serait la perturbation fonctionnelle du foie par excès du travail résultant, de l'excès d'alimentation défectueuse et de l'alimentation impropre à l'âge de l'enfant. L'excès d'alimentation provient de la trop grande quantité à chaque tétée, des tétées fréquentes et déréglées, de l'administration en grande portion de lait de vache et d'autres aliments artificiels. L'alimentation défectueuse provient de lait maternel déficient en qualité et en quantité. L'alimentation impropre pour l'âge de l'enfant est constituée de lait de vache pur ou pollué et de toutes les substances artificielles comme les amilacées et autres hydrates de carbone, sucre de canne, de farine, du riz en ses différentes préparations.

Beaucoup de mères donnent le lait toutes les fois que l'enfant crie ou pleure, car elles ignorent que souvent les

enfants crient ou pleurent pour d'autres raisons que la faim. D'autres fois, les mères ayant une quantité de lait insuffisante se servent de n'importe quoi pour compléter l'alimentation. D'autres encore font une suralimentation en croyant les rendre gros et pour les faire grandir plus rapidement. Le plus souvent, le lait que les pauvres mères achètent, comme étant le lait de vache n'est qu'un mélange frauduleux contenant du sucre de canne, de l'amidon, du jus de coco, etc..., et qui est parfois altéré.

Or, le pouvoir fonctionnel et la capacité assimilatrice du foie de l'enfant, imparfaitement développé, n'est pas fait pour s'adapter à une semblable alimentation excessive, impropre et déréglée.

Les cellules hépatiques sont ainsi excitées de façon exagérée, ce qui entraîne une hypertrophie compensatrice de celles-ci et une augmentation de volume du foie; quelque temps après, surviennent la dégénérescence des cellules, l'atrophie et l'épuisement de l'organe.

L'emmagasiner des hydrates de carbone et la fonction glycogénique appartenant au foie, les matières amilacées et les autres hydrates de carbone peuvent être considérées comme les principaux aliments nuisibles.

Mukerji prouve ces assertions par une statistique de 48 cas qu'il a pu traiter et sauver en les soustrayant à de mauvaises conditions. Il leur donne uniquement le lait maternel ou d'une bonne nourrice et dans l'impossibilité, le lait frais de chèvre ou de jument, ou du lait humanisé; et dans ces dernières conditions, combinées à du bouillon de pois-

son ou du poulet, du jus de citron, etc...

Comme médicament, Mukerji préconise l'extrait liquide et frais des kalmegh (*Andrographis Paniculata*), en 5, 10, 15 à 20 gouttes dans l'eau et selon l'âge, trois fois par jour; pilules de alui, une préparation indigène du Bengale, contenant khalmegh, ajowan, anisi, caraway, cypéus, rotundrus (*Mustak* ou *Mutka*), bael, cardamono et sel; suc frais de *Momordica Charantia* (Ueché ou Karavelli); des purgatifs cholagogues légers pour l'ictère; et salins, avec bains de vapeur, pour l'œdème et ascite.

Le docteur Viadyanath Iyer, après une étude de 59 cas, publiée en 1926, arrive à la même conclusion sur les causes de la maladie, et conseille presque le même traitement diététique et médicamenteux.

Cette théorie du surmenage hépatique de Mukherji est très intéressante, mais alors, pourquoi la maladie n'existe-t-elle pas chez les enfants européens et en Europe, où les mamans ne sont pas plus instruites, puisqu'il s'agit là des enfants de brahmanes de classes supérieures, et, nous avons vu ici, durant nos études médicales, bien des cas particuliers ou hospitaliers, concernant l'excès d'alimentation déficiente et d'alimentation impropre. Pourquoi ne voit-on pas chez les enfants de la population chrétienne de Gôa, puisque, dès le troisième mois, on les alimente avec du riz bouilli dans l'eau et qu'on appelle Canja ?

Mukherji défend sa théorie en disant que les Européens et les Musulmans ont leur alimentation riche en protéines, tandis que les Brahmanes le plus souvent végétariens, ont

une nourriture riche en hydrate de carbone; mais nous savons et pouvons l'affirmer, que la majorité de la population chrétienne de Gôa s'alimente presque uniquement de riz donc d'hydrates de carbone.

La maladie n'est pas contagieuse, ce que prouvent les observations de Mukherji : un individu se marie trois fois, la première femme laisse un fils et trois filles, tous en très bonne santé; de la seconde, il eut une fille très bien portante aussi; de la troisième, il eut quatre fils et une fille qui tous, sont morts de la cirrhose infantile.

2° Un autre se maria deux fois; les trois enfants qu'il eut de la première femme sont morts de la cirrhose infantile; tandis que ceux qu'il eut de sa seconde femme sont tous bien portants.

Devant une maladie dont les conclusions sont aussi contradictoires que déconcertantes, nous sommes tentés d'émettre la théorie d'un syndrome entéro-hépatique, puisque les choses se passent à peu près ainsi, avec la prédominance hépatique atteignant la rate et les reins (néphrite parenchymateuse) analogue au syndrome entéro-rénal de notre savant maître Heitz-Boyez; il faudrait rechercher s'il n'y aurait pas une prédisposition héréditaire de la cellule ou fonction hépatique sans conclure pour cela à une transmission héréditaire.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Dans la période tardive de la maladie ou atrophique du foie.

APPARENCE MICROSCOPIQUE

Foie. — Plus petit que dans la période d'état de la maladie, mais plus gros que le normal; configuration normale, surface jaunâtre, lisse, parcourue par des lignes comme celles du cuir marocain; substance dure, fibreuse, granulée, noircissant en certains endroits à structure hépatique, capsule de Glisson normale; pas de signes de périhépatite; vésicules biliaires contenant très peu de liquide fluide muqueux, pâle, gélatineux; orifice du canal biliaire visible.

Rate. — Grosse.

Reins. — Néphrite parenchymateuse.

EXAMEN MICROSCOPIQUE

1° Cellules hépatiques transformées en masses informes de détrit, prises dans une gangue fibreuse; disposition normale en colonnes, détruite par le tissu fibreux; le protoplasma contenant des granules, particules de pigment et de globules huileux. Fibres intercellulaires de tissu fibreux, divisant les cellules en groupes de cinq à six et rarement une ou deux.

Fibres interglobulaires nombreuses, composées de grosses fibres polynuclées; les vaisseaux sanguins entre les fibres sont larges et nombreux; les conduits biliaires visibles nombreux, distribués irrégulièrement entre ces fibres.

MALADIES ENDEMO-EPIDEMIQUES

Paludisme. — C'est la maladie la plus fréquente du groupe des endémies. Elle est très répandue, non seulement dans les plaines et dans les contrées du littoral, mais aussi sur les reliefs orographiques. Elle revêt sa plus grande virulence dans les localités situées au pied du versant de la chaîne des Ghattes Occidentaux. C'est la seule région de Gôa, insalubre et dangereuse, car on y trouve les formes malignes de l'infection palustre, comme par exemple, ses manifestations pernicieuses.

Les régions sont atteintes inégalement et indifféremment. Aux Indes portugaises, comme dans tout l'Hindoustan inter-tropicale, presque toutes les régions sont favorables à l'endémicité malarienne : flaques d'eau, anophèles et gens infectés. En plus, l'usage de la moustiquaire est inconnu de la plus grande partie de la population indigène.

Le nombre des cas et leur virulence varient d'une saison à l'autre et aussi d'une année à l'autre. En général, elle apparaît après la mousson pluvieuse, aux mois de septembre, octobre et novembre. Cependant, dans les contrées où les pluies sont rares, c'est à l'époque pluvieuse qu'on observe le maximum des cas; celle-ci étant l'unique saison où il y a de l'eau en assez grande abondance pour que les moustiques parviennent à pulluler. Certaines pyrexies ou hyperthermies comme les fièvres entéro-infectieuses, grippe, etc., sont attribués à la malaria.

Les moustiques du genre anophèles qu'on trouve dans le territoire de Gôa, classifiés par le savant Professeur Froilano de Melo, appartiennent aux espèces : Nyssomy-somia Rossi, anophèles stephensi, culisifacies, maculatus, simensis, funestus, fuliginosus, pulcherrymus, listoni, etc...

Les manifestations bilio-hémoglobinuriques ont été trouvées chez les immigrants africains, de retour à Gôa. A Damao, le paludisme n'est pas aussi grave qu'à Praga-na, où le développement de la maladie se trouve très favorisé par la nature marécageuse de la région où les pluies sont abondantes, les cultures insuffisantes et les indigènes très arriérés.

Diu est la région la moins atteinte, à cause de la rareté des pluies, la nature sablonneuse du sol et l'absence de végétation trop dense.

La ville de Velha-Gôa qui fut jadis la capitale de l'empire colonial portugais d'Orient et dont la population dépassait 250.000 habitants à la fin du XVI^e siècle, doit son anéantissement total, surtout à l'endémie paludéenne; elle est en ruines, inhabitée et inhabitable, car c'est un vaste repère à anophèles et autres parasites.

On y note la prédominance de *précox* plusieurs fois unie à *vivax*.

L'atteinte de basses classes à cause, probablement, de leur faible résistance aux agents pathogènes et de leur manque absolu d'hygiène, est la règle. La mortalité due au paludisme varie entre 1.867 et 2.000 par an.

TUBERCULOSE

Pendant longtemps, on a cru que la tuberculose n'était pas une maladie qui s'adapte facilement aux climats intertropicaux, car on la supposait dépendante du froid. Aujourd'hui, il est prouvé que le paludisme et la tuberculose peuvent exister ensemble, dans le même climat, chez le même individu et qu'il n'y a pas d'antagonisme entre les deux.

D'après Rodgers, un climat très pluvieux favorise d'autant plus la fréquence de la tuberculose; l'humidité absolue de la mousson de sud-ouest et les vents violents et humides exercent une fâcheuse influence sur le développement de la bacilliose pulmonaire. D'après Huillet, les blancs, les métis et les hindous sont souvent atteints dans l'Inde française par la phtisie, surtout à Pondichéry et à Mahé, pendant la mousson du nord-ouest.

On observe à peu près le même fait dans le territoire de Gôa, durant la saison sèche, à cause du vent frais de nord-ouest, et de sauts brusques de la température si fréquents pendant cette même saison. La tuberculose est répandue partout, même dans les plus petits villages. Elle se manifeste surtout dans les classes pauvres et chez les immigrés venus de l'Inde anglaise et d'Afrique. Maladie rare dans le siècle dernier, elle fait actuellement de nombreuses victimes, surtout parmi la population des Hindous chrétiens. Parmi les conditions sociales qui favorisent la

contagion de la tuberculose, la plus importante et non la moins redoutable est la mauvaise habitude qu'ont la plupart des Hindous de cracher fréquemment et presque partout.

En outre, ils fument et chiquent le bétel, ce qui les incite encore plus à cracher, un tuberculeux crachant plus que tout autre.

On arrive ainsi à une mortalité de plus de 6.738 décès par an.

LA FIEVRE TYPHOIDE ET LES PYREXIES PARATYPHIQUES

La dothientérie est endémique à Góa, sévissant plus particulièrement parmi la population hindoue. La fièvre typhoïde est très répandue dans les campagnes et dans les villes pendant toute l'année, mais surtout avant et après les pluies. Les allures particulières de la maladie la font confondre avec la fièvre malarienne à forme continue. C'est en septembre, octobre et novembre que les cas sont les plus nombreux, tandis qu'en avril et mai les cas sont les plus malins. La recrudescence après la mousson du sud-ouest coïncide avec les pluies torrentielles de cette époque de l'année, qui entraînent dans les réservoirs d'eau potable, les immondices des environs.

Quant au pyrexia désigné sous le nom des fièvres rémittentes climatiques, etc..., les études très poussées de l'éminent Professeur Froilano de Melo ont montré qu'elles ne sont que des cas de fièvres paratyphoïdes qui ne cèdent pas au traitement à la quinine et sont peu contagieuses.

La typho-malaria, maladie dont on a tellement parlé, c'est une entité morbide rarement enregistrée dans les bulletins nosographiques des territoires de Góa. Ces pyrexies sont à peu près définitivement installées dans ce pays où l'eau potable est constamment souillée, où il n'y a pas de canalisations, où les habitants ne font rien pour purifier l'eau et pour être vrai, où les pouvoirs publics paraissent

vivre dans l'éternel état cataleptique, car il n'y a ni réseaux d'égoûts dans les villes, ni latrines dans certains villages, où les porcs mangent des matières fécales en sommeillant dans cette nourriture aux intervalles des repas. La mortalité dûe à ces pyrexies varie entre 297 à 350 décès par an.

LA LEPRE

C'est un des fléaux qui fait encore des ravages assez inquiétants à Gôa. Dans les différentes provinces de l'Hindoustan, sur une population de 185 millions d'habitants, on trouve environ 103.000 atteints de cette terrible affection, selon un recensement des lépreux fait par le gouvernement anglais. Et cette proportion est restée sensiblement la même malgré les mesures prophylactiques en vigueur. Nous devons au savant Directeur des Services de Santé, Professeur M. de Mélo, d'avoir aujourd'hui une Lèproserie modèle, où sont traités plus de 109 malades dont 3 considérés comme guéris, sont renvoyés, restant sous la surveillance mensuelle de l'Institut. L'accroissement du chiffre des lépreux est dû surtout aux immigrants revenus de l'Hindoustan et de l'Afrique. Le nombre total des lépreux dépasserait 196, chiffre relativement grand pour une population totale inférieure à 500.000 habitants. C'est dans les régions inter-tropicales, aux pluies abondantes, qu'on trouve le plus grand nombre de lépreux. Enfin, ce fléau est plus fréquent dans les contrées aux climats chauds et humides, la fragilité de la peau due à une constante sudation, favorisant beaucoup la pénétration du bacille de Hansen.

PARASITOSES INTESTINALES

Après les belles recherches d'Humberto Rodriguès, en 1925, et des élèves du cours de microbiologie, sous la direction du Professeur Froilano de Melo, en 1927, on connaît mieux l'importance et la fréquence des infections parasitaires dans l'Inde portugaise.

D'après une statistique portant sur 596 cas, puis dans des régions très diverses de Gôa, aussi bien chez les particuliers que chez des sujets hospitalisés, on a pu établir les chiffres suivants, concernant la fréquence des parasitoses intestinales :

Amibes	35 %
Flajellés	19 %
Blastocystes	16 %
Ascaris	75 %
Tricocéphales	48 %
Ankylostomes (comprenant Nécator) ..	32 %
Anguilula	7 %
Oxyures	8 %
Téniadés	2 %

Sur un total de 596 personnes examinées, 17 seulement, soit 3 %, ont fourni un examen négatif, tout le reste étant parasité. On voit donc que la parasitose intestinale est, pour ainsi dire, de règle aux Indes portugaises. Remarquons que l'Antylostome est souvent hébergé par des porteurs sains, sans aucune altération apparente de santé.

MALADIES EPIDEMIQUES

Variole. — L'Inde est le plus grand et le principal foyer de variole; elle faisait, autrefois, des ravages terribles. Ainsi, par exemple, en 1919-20, il y eut dans l'Hindoustan respectivement 136.000 et 101.000 victimes.

Les Hindous pénétrés d'idées religieuses croient partout à une intervention surnaturelle et considèrent la variole elle-même comme une déesse qu'ils appellent *Devi*.

La déesse *Kali* donne la variole et la déesse *Mari-Amme* en protège; il est intéressant de savoir que les deux, sont de formes de *Parvati*, femmes de *Siva*. La science moderne appelle ces déesses, infection et immunité.

Rogers attire l'attention des hygiénistes sur les rapports entre l'humidité absolue et la petite vérole dans l'Hindoustan; et elle suffit à expliquer le caractère saisonnier de cette fièvre éruptive dans toutes les régions hindoustaniques. Quoique la variole soit endémique dans l'Inde portugaise, il y a des années où elle prend des allures épidémiques, et d'autres où elle ne se manifeste que par des cas sporadiques et rares. Ainsi, par exemple, il y a eu des épidémies en 1900, 1904, 1906, 1909, 1911, 1914, 1915, puis arrêt jusqu'en 1924, 1928, etc.; c'est l'épidémie de 1924-1925 qui fut la plus mortelle, avec plus de 700 décès. Les mois des épidémies sont : mars à la fin juin. Enfin parmi les régions, c'est *Diu* la plus frappée à cause de l'extrême aversion de la population pour la vaccination anti-variolique.

CHOLERA

Il n'existe pas d'endémie de choléra aux Indes portugaises. Cette maladie est surtout importée de l'Hindoustan où le choléra est endémique toute l'année et un des foyers primitifs de la maladie. C'est à l'illustre médecin et naturaliste portugais Garcia da Horta, que vient le mérite d'avoir été le premier qui, en 1564, décrivit le choléra sous le nom de Mordechim.

L'épidémie de 1900 n'épargna aucune région du territoire de Gôa. En ce qui concerne l'influence des moussons très pluvieuses sur la diffusion du choléra, à l'Hindoustan comme à Gôa, Damao et Diu, on note que les grandes épidémies ont coïncidé avec les années extrêmement pluvieuses. Ainsi l'épidémie de 1918 s'est manifestée à Gôa au cours d'une mousson de Sud-Ouest extraordinairement pluvieuse, comme celles de 1906, 1909, 1912.

L'Inde portugaise entretient de fréquentes relations commerciales avec les ports indo-britanniques et principalement avec Bombay, presque toujours infectés. Il n'est donc pas étonnant que, malgré tous les efforts de la défense sanitaire, Gôa, Damao et Diu soient envahies par les voies maritimes et ferrées, et surtout, par les chemins détournés de la frontière terrestre du choléra des ports.

Le choléra envahit intensivement et avec plus de fréquence, les villages, les hameaux et les endroits marginaux, riverains ou lacustres, quelle que soit la provenance de la contagion. A Gôa, les départements les plus ravagés sont

ceux qui se trouvent être sillonnés par les fleuves et autres cours d'eau. Les Hindous en sont plus atteints à cause de leurs habits et costumes religieux que les chrétiens et les maures.

PESTE

La maladie endémique et le foyer primitif se rencontrant dans l'Inde anglaise, la peste, n'est qu'épidémique dans l'Inde portugaise.

Toutes les épidémies sont importées de Bombay, ville la plus ravagée par la peste, et qui est la plus proche de Gôa, et avec laquelle nous avons des rapports quotidiens, tant par mer que par terre. Les années qui ont fait le plus de victimes dans toute l'Inde, furent celles de 1903, 1904, 1905 et 1907, avec plus de 1.250.000 décès chacune ; la peste est donc bien plus meurtrière que le choléra dans les Indes.

L'épidémie qui sévit en 1635, dans l'ancienne capitale de Gôa, était la peste bubonique ; puis, il y eut des épidémies presque tous les ans. En 1927, la peste envahit Gôa, sous sa forme épisootique, presque tous les rats et autres rongeurs présentant des lésions de peste atténuée (pestis minor).

Heureusement, il n'y eut aucun cas humain, grâce aux mesures sévères prises par le distingué Directeur de Service de Santé, Professeur F. de Melo.

Les recrudescences endémo-épidémiques commencent au mois de janvier pour disparaître vers la fin juin. On a constaté que les épidémies se développent quand la moyenne thermique nycthermale oscille entre 15°,5 et 26°,6, mais quand elle atteint 29°,5 l'épidémie diminue considérablement. Il est prouvé maintenant que les épidémies pesteuses se manifestent pendant la saison sèche entre novembre et avril et on attribue leur

arrêt pendant le mois de mai à octobre, à l'action bienfaisante des pluies qui sont torrentielles; mais ceci n'est pas prouvé, car à Aden il n'y a presque pas de pluies et l'épidémie s'arrête dès que la température arrive à 29° 6.

Donc la chaleur au-dessus de 30° arrête ou réduit les épidémies de peste buboniques, tuant ou diminuant la quantité de puces; en outre, on observe que la reproduction des rongeurs, réservoirs de virus, ne se fait pas pendant la saison chaude et pluvieuse, mais seulement au courant des mois secs et frais, pendant lesquels les rats trouvent plus facilement leur nourriture.

La pénétration des épidémies dans le territoire de Gôa se fait le plus souvent par des marchandises, surtout des céréales ou dans les effets des réfugiés clandestins. Quant aux porteurs des germes, leur rôle dans la peste n'est pas aussi important que les porteurs des germes des vibrions cholériques. Enfin, en ce qui concerne la peste pneumonique, on ne l'a jamais observée. Quelques cas isolés, sans aucune portée sanitaire, furent étouffés sur place, probablement à cause de la faible diffusion de cette forme dans les climats chauds.

MENINGITE CEREBRO-SPINALE

Connue aux Indes depuis 1878, c'est seulement en 1919 qu'on enregistra le premier cas de méningite cérébro-spinale à Gôa. Tout le territoire n'est pas encore contaminé et c'est seulement dans le sud de l'Inde portugaise qu'elle sévit endémo-épidémiquement.

Fréquente surtout pendant les mois de septembre et octobre, elle est rare en avril, mai et juin.

L'apparition de la maladie semble favorisée par une forte humidité de l'atmosphère, s'associant à une température uniforme. En effet, les mois de septembre et octobre présentent ces caractères climatologiques.

Le Professeur Germano Correya fit une campagne intensive en faveur de l'isolement des malades et de la désinfection du rhino-pharynx des personnes de l'entourage et parfois même de tout le village enrayant ainsi rapidement l'évolution des quelques épidémies enregistrées à Gôa.

BERI-BERI

Maladie endémique, connue depuis fort longtemps aux Indes, elle sévit surtout dans les contrées humides et pluvieuses, de préférence pendant la saison humide, aux changements des moussons et lorsqu'il y a des grandes variations de température.

Le Béri-béri qui ne peut pas être considéré comme une endémie permanente à Gôa, on y trouve une maladie ana-

logue nommée Nalgutt ou Naïkutt, dont la nature n'est pas encore bien précisée et qui, d'après certains médecins serait une forme spéciale du Béri-béri; pour d'autres, un syndrome néphrétique. L'alimentation des habitants de Gôa étant assez variée, on n'a pas signalé des cas authentiques de Béri-béri à Gôa depuis 1913.

CONCLUSION

Au début de la domination portugaise, il n'y avait pas de cadres de santé chargés d'étudier les problèmes sanitaires de l'immense empire asiatique, dont il ne reste, aujourd'hui, que le territoire de Gôa, plus quelques petites possessions insignifiantes.

C'est de quelques siècles, plus tard, seulement, par arrêté circulaire du 14 août 1835 que date l'organisation du Service de Santé Colonial, ordonnant aux médecins en service dans les colonies, de faire des rapports sur le climat, les maladies endémiques et les moyens employés pour les combattre.

Mais bien plus tard seulement, le décret du 20 octobre 1862, vint approuver le Règlement général des Services de Santé des provinces d'outre-mer, contenant toutes les instructions pour les chefs de Service de Santé de chaque colonie. Puis, le décret du 28 mai 1896 réorganisa complètement les Services de Santé, et, enfin, le décret du 10 mai 1919 vint renouveler les cadres coloniaux sur des bases nouvelles et rendit civil le personnel qui était auparavant militaire.

Et voici comment est organisé actuellement le Service de Santé officiel : Une direction du Service de Santé et d'Hygiène, subordonnée au Gouverneur général, et composée d'un Directeur, de cinq médecins et deux pharmaciens, ayant à leur charge le Service de Santé de la Colonie, son hôpital central et l'enseignement à l'Ecole de Médecine et Chirurgie de Nova-Gôa. Un agrégé et trois professeurs auxiliaires (adjoints) sont attachés à l'enseignement exclusivement.

Quant à l'Assistance médicale privée, elle ne diffère en rien, de celle d'autres pays.

La mortalité générale dépasse onze mille cinq cents pour une population qui n'atteint même pas cinq cent mille.

Les causes sont, en premier lieu, la fièvre intermittente palustre avec 1.960 cas, puis la débilité sénile avec 1.390; congestion et hémorragie cérébrale avec 543; débilité congénitale avec plus de 500 cas; tuberculose pulmonaire avec 450 cas; lésions organiques du cœur avec 450 cas, etc .. Quant à la peste, le choléra, la variole dont les foyers primitifs et endémiques se trouvent pourtant aux Indes, ces maladies ne paraissent pas causer beaucoup de cas mortels puisque l'ensemble ne dépasse pas 100 cas par an, ce qui prouverait que, malgré l'absence totale d'égouts et de canalisations d'eau potable, avec l'hygiène générale qui laisse beaucoup à désirer, les Services de Santé du territoire de Gôa font des efforts considérables pour enrayer tous ces fléaux de l'humanité.

Et si on se rappelle que toutes ces maladies nous sont rapportées des Indes britanniques, où les mesures prises par les Anglais sont inefficaces, sinon insuffisantes, on comprendra quels efforts quotidiens les Services de Santé maritimes et ceux des frontières, déploient pour empêcher ces maladies de se développer sur le territoire de l'Inde portugaise.

Malgré la gravité et l'étendue des épidémies de variole dans l'Inde anglaise qui nous entoure entièrement, nous sommes heureux de constater la relative bénignité et la faible incidence de cette maladie dans Gôa, où le nombre des vaccinés dépasse 300.000 sur 450.000 habitants. Et ceci est encore une preuve de l'intérêt particulier que notre corps médical porte à son métier qu'il considère comme un sacerdoce puisqu'il est arrivé à vacciner un nombre si considérable d'individus, quoique la vaccination n'y soit pas obligatoire.

Comme nous l'avons écrit, la mortalité la plus forte se trouve être dûe au paludisme. Or, si pour une grande part la prophylaxie du paludisme revient au médecin, nous ne devons pas méconnaître le rôle des pouvoirs publics à qui incombe le devoir de réaliser la prophylaxie générale, au moyen d'assèchement des mares et des vases; du déboisement des forêts trop denses, d'assainissement des villes, de la destruction de toutes les ordures où finissent par pulluler les mouches, les moustiques; de l'installation du tout-à-l'égout inconnu dans le territoire de Gôa et des réseaux de canalisations d'eau potable, au moins dans les grands centres.

Si ceux à qui incombe cette tâche nous demandaient notre avis, nous leur dirions que cela n'est pas une tâche difficile, que la chose se voit dans les colonies françaises et l'Italie le fait déjà en Abyssinie et rapidement.

Quant à l'autre cause principale de la mortalité, la débilité congénitale, est un problème si complexe et si ardu, qu'à lui seul, pour l'étudier à fond et y apporter tous les remèdes nécessaires, il nous faudra des années de travail et de luttes souvent sans profit et où nous risquons d'être tournés au ridicule.

En Europe, on croit qu'aux Indes, « ça pousse comme des mouches », et que le pouvoir de procréation y est étonnant. Or, la population de l'Inde Portugaise depuis deux siècles a diminué plus que de moitié, emportée en partie par des fléaux endémiques et pour le reste par un régime alimentaire déficient, dépourvu d'hygiène et mal compris, qui transforme le corps humain en une éponge, capable d'absorber n'importe quelle maladie et dépourvu de toute défense naturelle.

La population de la France, de l'Allemagne, de la Hollande et des autres pays de l'Europe, au contraire, n'a fait qu'augmenter. Les seules statistiques de la France suffiraient pour l'exemple : de huit millions, chiffre indiqué par les premiers recensements, ils sont passés à vingt millions pour la guerre de 1870, et quarante millions pour 1914, et, malgré les crises, quarante-cinq millions en 1936 ! Et alors, si on considère les Allemands, les Italiens qui, eux, se *multiplient* encore plus que les Français, nous nous sommes demandé quelle signification malveillante des gens

d'ici donnaient à la phrase « ils poussent comme des mouches », quand ils parlaient des populations de l'Inde.

Les remèdes à apporter au problème de la mortalité infantile ne sont point les mêmes que ceux qui se posent en France.

Ils dépassent le domaine de la médecine, de l'accouchement dont on ne trouverait pas deux spécialistes dans tout le territoire de l'Inde Portugaise, et de l'hygiène, dont, actuellement encore, nous sommes le seul diplômé.

Il y a dix ans, il était difficile, sinon impossible, de trouver une sage-femme diplômée, l'accouchement se faisant souvent par une voisine ignorant totalement l'asepsie, dans des pièces absolument anti-hygiéniques, car les coutumes préhistoriques veulent que le sol de toutes les habitations hindous soient imbibés avec de la bouse de vache délayée dans l'eau, formant une espèce de pâte très liquide, qu'on passe toutes les semaines, sinon tous les jours, en couche épaisse d'au moins deux centimètres à chaque fois, ce qui fait que les maisons ont l'odeur désagréable des étables ; pour le comble, les enfants y sont laissés tout nus, les vêtements devenant superflus dans un pays chaud.

Au grand regret, tous nos maîtres et dirigeants connaissent fort bien cet état de choses, mais n'osent pas toucher aux us et coutumes du pays. Pourtant, l'opinion seule d'une poignée de ces savants suffirait.

Par notre grande civilisation et l'intelligence supérieure, nous avons laissé entrer et vivre plus de 75.000.000 musulmans, ajoutez-y les Anglais, et tous les autres peuples et races qui y vivent en maîtres, voilà ce que sont les orienta-

listes de notre grande civilisation hindoue !

Le degré de la léthargie hindoue se reconnaît encore à ceci : le médecin n'est appelé qu'au chevet des mourants, là où les ressources de la science sont nulles ; c'est probablement pour que le médecin étudie le nirvana de Weddas.

On comprendra aisément que la mortalité, surtout infantile, soit si grande, les parents ignorant tout ou à peu près, des soins à donner pour l'être si délicat et encore incomplet qu'est un nouveau-né.

Et nous étonnerions même certains médecins, si nous prescrivions la pesée quotidienne du bébé, le nombre des tétées et la quantité de lait par tétée.

Nous avons déjà écrit, antérieurement, que le régime alimentaire de presque toute la population est constitué essentiellement, sinon uniquement de riz avec du carry ; on peut donc comprendre que le développement fœtal pendant la grossesse et la qualité du lait de la mère, laissent à désirer, étant donné que le riz, en soi, n'est constitué que d'hydrate de carbone, c'est-à-dire ne contient que très peu d'albumine, de graisse, et d'autres substances comme calcium, fer, phosphore, etc., nécessaires pour la femme enceinte, pour le fœtus, pour la mère et pour le nourrisson.

Et voilà pourquoi nous affirmions que la mortalité infantile aux Indes n'est pas un problème purement médical, car il faut démolir jusqu'aux bases, les mœurs et les coutumes anti-hygiéniques, les changer totalement, convaincre les masses que leur régime alimentaire est insuffisant et in-

complet, par des conférences, de la propagande, du cinéma, en créant des organismes puissants de défense, des dispensaires gratuits, des offices pour la protection maternelle, de l'enfance, bien plus perfectionnés que ceux existants en d'autres pays et dont nous connaissons bien le fonctionnement, créer et faciliter la carrière des médecins hygiénistes, des infirmières sociales spécialisées, habilités à aller à domicile même, afin de donner des conseils et des soins.

Bref, il nous faut, en d'autres termes, des hommes d'action, des médecins capables de tous les sacrifices et d'abnégation, décidés à aller jusqu'au bout, pour faire des Hindous un peuple sain, complet et capable d'agir aussi aisément que de penser.

Vu, le Doyen :
G. ROUSSY.

Vu, le Président :
L. TANON.

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris :
CHARLETY.

Librairie Médicale Marcel VIGNE. — Paris
